



TITLE:

憩室内出血のため術前診断が困難であった膀胱腫瘍を合併した膀胱憩室腫瘍の1例

AUTHOR(S):

井関, 達男; 田中, 智章; 池本, 慎一; 岸本, 武利

CITATION:

井関, 達男 ...[et al]. 憩室内出血のため術前診断が困難であった膀胱腫瘍を合併した膀胱憩室腫瘍の1例. 泌尿器科紀要 1995, 41(7): 545-547

ISSUE DATE:

1995-07

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/115532>

RIGHT:

憩室内出血のため術前診断が困難であった 膀胱腫瘍を合併した膀胱憩室腫瘍の1例

良秀会藤井病院泌尿器科 (部長: 井関達男)

井 関 達 男

大阪市立大学医学部泌尿器科学教室 (主任: 岸本武利教授)

田中 智章, 池本 慎一, 岸本 武利

BLADDER TUMOR OCCLUDING DIVERTICULAR ORIFICE: A CASE WITH DIFFICULT DIAGNOSIS DUE TO HEMORRHAGE INTO DIVERTICULUM

Tatsuo Iseki

From the Department of Urology, Ryoshukai Fujii Hospital

Tomoaki Tanaka, Shin-ichi Ikemoto and Taketoshi Kishimoto

From the Department of Urology, School of Medicine, Osaka City University

We experienced a case of a bladder diverticular tumor with intradiverticular hemorrhage in which preoperative diagnosis was difficult. It simultaneously occurred with a bladder tumor. The patient, a 70-year-old man complained of macrohematuria and pollakisuria. The cystoscopic examination revealed a bladder tumor. The radiographic examination suggested a bladder tumor with extravesical hemorrhage. We diagnosed an invasive bladder tumor and performed radical cystectomy and ileal conduit diversion. Postoperative diagnosis was bladder tumor and diverticular tumor.

(Acta Urol. Jpn. 41: 545-547, 1995)

Key words: Vesical diverticulum, Malignant tumor, Intradiverticular hemorrhage

緒 言

膀胱憩室腫瘍は比較的稀な疾患であり, その術前診断は困難でありかつその予後は不良であるといわれている. 今回, われわれは腫瘍により憩室口閉塞と憩室内出血をきたしたため, 術前診断がきわめて困難であった膀胱憩室腫瘍と膀胱腫瘍を合併した症例を経験したので, 若干の文献の考察を加えて報告する.

症 例

患者: 63歳, 男性

主訴: 肉眼的血尿

家族歴・既往歴: 特記すべきことなし

現病歴: 1994年8月頃より肉眼的血尿を認め, 頻尿を自覚するようになったため, 11月1日当科を受診した. 排尿回数は昼間20~25回, 夜間10~15回, 二段排尿は自覚していない.

現症: 体格は中等度, 栄養良好, 胸腹部には理学上異常は認めず, 表在リンパ節は触知せず, 外性器にも著変は認めず, 前立腺肥大は軽度であった.

臨床検査所見: 一般血液検査, 血液生化学検査では異常はみられなかった. 尿沈渣では, RBC 50~60/hpf, WBC 10~15/hpf, 上皮細胞 4~8/hpf であった. 尿一般細菌培養は陰性, 尿細胞診では class V を認めた.

膀胱鏡検査所見: 容量は約 150 ml であり, 膀胱三角部, 左側壁に多数の乳頭状腫瘍を認め, 一部のものは広基性であった. 肉柱形成は中等度みられた. 腫瘍の生検では移行上皮癌, grade 2 であった.

画像診断: DIP では両腎, 右尿管の走行には異常を認めなかったが, 左下部尿管は著明に内側へ変位していた. 両側尿管の拡張は認めなかった. 膀胱左側に不整な巨大陰影欠損が認められた (Fig. 1). 骨盤部 CT では膀胱左側壁と三角部に多数の隆起性病変がみ

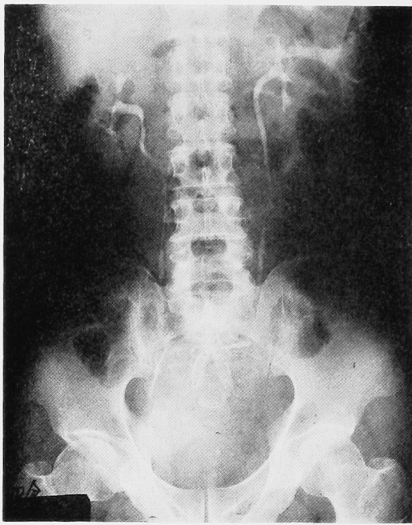


Fig. 1. DIP shows a large filling defect in the left bladder wall.

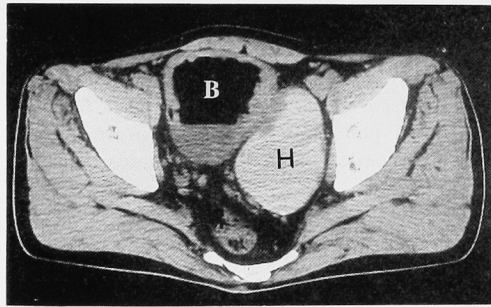


Fig. 2. CT shows multiple bladder tumors and large hematoma (B: bladder, H: hematoma).

られ、膀胱壁全体が腫瘍と肉柱形成のため肥厚していた。同時に膀胱左側に内部が high density であり薄い壁を有するほぼ球状な腫瘤陰影が認められ、血腫を伴う壁外浸潤が示唆された (Fig. 2)。MRI ではこの球状腫瘤は薄い壁を有し、ところどころに小隆起性病変がみられた。T1 強調画像では内部は二層構造を呈し、上層が高信号、下層が低信号を示した。enhance T1 では膀胱下層に造影剤の貯留は認められるものの、腫瘤への流入はみられず、膀胱との交通性は否定された。膀胱腫瘍の一部が球状腫瘤へ浸入している像も認められた。T2 強調画像では膀胱腫瘍が壁外へ穿通しており、これらの所見から、膀胱腫瘍の巨大な血腫を伴う壁外への穿通と診断した (Fig. 3)。その他諸検査にて他臓器への転移の所見は認めなかった。

以上の結果から壁外出血を伴った浸潤性膀胱腫瘍と診断し、膀胱全摘術および回腸導管造設術を施行した。

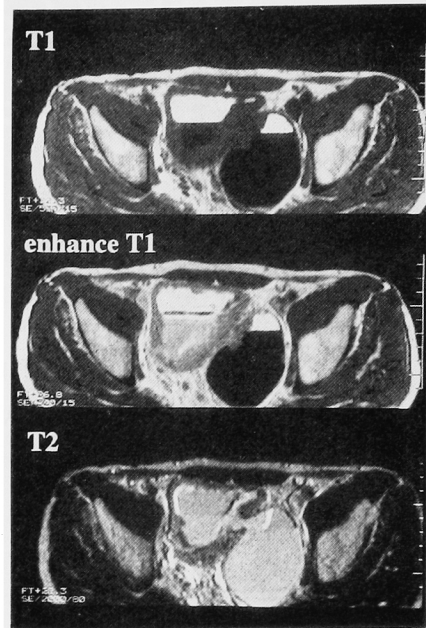


Fig. 3. Magnetic resonance imaging (MRI) shows bladder tumor and spherical mass with tumor shadow.

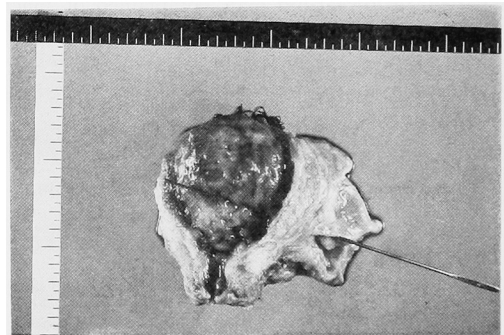


Fig. 4. Gross appearance of the resected bladder and diverticulum.

手術所見・下腹部正中切開にて膀胱に達すると、膀胱左側に手拳大の球状腫瘤が認められ、波動が触れられ穿刺すると暗黒色の血液が約 150 ml 吸引された。右尿管、精管、前立腺の異常は認められず、左尿管、精管はともに内側へ偏位していたものの、拡張、壁の肥厚は認められなかった。膀胱腫瘍の壁外浸潤、両側尿管への浸潤、骨盤内リンパ節腫大は肉眼的に観察されなかった。

摘除標本の肉眼的所見：膀胱左側壁と三角部には多数の乳頭状の腫瘍が認められ、その他の粘膜にも出血が目立っていた。肉柱形成も中等度みられた。膀胱左側の球状腫瘤を切開すると、内腔は膀胱粘膜で覆われ、

小さい乳頭状腫瘍が散在していた。壁は薄い筋肉で構成されていた。ゾンデを用い膀胱との交通性が確かめられ、憩室と診断した。憩室口は乳頭状腫瘍により占拠されていた (Fig. 4)。

病理組織学的所見: 腫瘍は乳頭状広基性の移行上皮癌であり, G2, pT1b, pL0, pV0 であった。前立腺, 精嚢腺, 尿管への浸潤は認めなかったが, 尿管断端は腫瘍陽性であった。骨盤内リンパ節転移は認めなかった。

術後経過: 術後補助化学療法として CDDP, VP-16, MTX 三者併用療法を 2 クール施行した。

考 察

膀胱憩室腫瘍は比較的稀な疾患であり, かつその予後は不良であり, 診断に苦慮することが多い疾患である。1883年 Williams が最初の報告をしており, 本邦では 1987年呉ら¹⁾が 112例の集計を行い, その後 1992年奥山ら²⁾が 161例を集計しており, 以降自験例以外に 2例の報告^{3,4)}があり, 計164例となる。

平均年齢は 61.4歳であり, 60~79歳が 66%をしめ, 膀胱腫瘍の発生年齢と同様である。男女比は男性:女性: 4.6:1 であり, 男性に多いようである。膀胱腫瘍と比較すると男性のしめる割合がやや高く, そもそも膀胱憩室が前立腺肥大症, 膀胱頸部硬化症等の下部尿路閉塞疾患による二次性のものが多いことによると考えられている^{2,6)}。

初発症状としては血尿が最も多く, 頻尿, 排尿時痛等がこれに続く^{1,2,6)}。

病理組織学的には, 移行上皮癌が 77%, 扁平上皮癌が 23%であり, 膀胱腫瘍と比較して扁平上皮癌の占める割合が高い。これは憩室炎の存在, 扁平上皮化生から癌化への過程を示唆している。悪性度と浸潤度に関しては, 多くの症例が high grade, high stage の症例である。元来, 憩室壁は菲薄であるため浸潤性が強く発見時すでにかなり進行していることが多いと考えられる²⁾。

診断に関して, 憩室の術前診断は容易ではなく, 諸家の報告⁶⁻⁸⁾では診断率は 60~70%であり, 約 1/3は術前診断不可能となる。自験例にては術前の憩室腫瘍の診断が不可能であった理由として, 腫瘍が憩室口を完全に占拠していたためオリブ油注入による膀胱部 CT にも憩室の造影が不可能であったこと, 憩室内出血のため画像上血腫形成を思わせたことがあげられる。術前診断率を高めるため, 頻回の細胞診検査⁹⁾, オリブ油注入骨盤部 CT⁸⁾, MRI 等の種々の検査が行われているが, 自験例のように憩室口が閉塞して

いる場合は無効であろう。文献上, 膀胱腫瘍と膀胱憩室腫瘍の合併例は散見されるものの, 自験例のように憩室内出血をも合併した症例の報告はみられない。

治療法としては手術療法が第一であるが, 本邦では従来より膀胱部分切除術や憩室切除術等の膀胱温存手術が多くなされてきた。これは, 患者の全身状態や年齢, 腫瘍の進行度などにより多くの症例が手術適応外であったこと, ストーマの受容がなされたことが影響していると考えられている^{1,2)}。しかし, 保存的手術を施行した場合の成績は明らかに悪く, 膀胱全摘術, 化学療法を中心とした積極的治療を推奨する意見が多い^{2,6,10,11)}。自験例でも膀胱全摘術, 術後化学療法を行い現在のところ再発は認めていない。

結 語

憩室口閉塞および憩室内出血のため術前診断が困難であった膀胱憩室腫瘍と膀胱腫瘍を合併した症例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告した。

文 献

- 1) 呉 幹純, 遠藤忠雄, 小柴 健: 膀胱憩室腫瘍の 2 例。泌尿紀要 33: 779-785, 1987
- 2) 奥山光彦, 倉 達彦, 山口 聡, ほか: 膀胱憩室腫瘍の 3 例。泌尿紀要 38: 715-720, 1992
- 3) 日高隆雄, 伏木 弘, 藤村正樹, ほか: 子宮転移をきたした膀胱憩室腫瘍。臨婦産 47: 1375-1379, 1993
- 4) 中村恭二: 膀胱憩室に発生した扁平上皮癌の細胞学的研究。日臨細胞会誌 32: 235, 1993
- 5) 高羽英典, 岡村菊夫, 田中純二, ほか: 巨大膀胱憩室の 1 例—膀胱腫瘍と膀胱憩室腫瘍を合併した症例。泌尿紀要 33: 1894-1899, 1987
- 6) 森下文夫, 山崎義久, 前田 真, ほか: 膀胱憩室腫瘍の 1 例と本邦 82 例における統計的観察。泌尿紀要 24: 955-969, 1987
- 7) Knappenberger ST, Uson AG and Melicow MM: Primary neoplasms occurring in vesical diverticula: A report of 18 cases. J Urol 83: 153-159, 1960
- 8) 堀 夏樹, 山崎義久, 杉村芳樹, ほか: 膀胱憩室腫瘍の 2 例。泌尿紀要 28: 219-226, 1982
- 9) 河島長義, 梶本昌明, 小西 平, ほか: 膀胱憩室腫瘍の 2 例。泌尿紀要 27: 103-110, 1981
- 10) Lowe FG, Goldman SM and Osterling JE: Computerized tomography in evaluation of transitional cell carcinoma of bladder diverticula. Urology 37: 390-393, 1989
- 11) Farsal MM and Freiha FS: Primary neoplasm in vesical diverticula. Br J Urol 53: 141-143, 1981

(Received on February 16, 1995)
(Accepted on April 3, 1995)